

Les Formes cliniques

de la

Dysenterie amibienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 2 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JACQUES-EUGÈNE BERGERET

Né à Nuits-St-Georges, le 22 avril 1883



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

Les Formes cliniques

de la

Dysenterie amibienne

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
ROQUE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique.....		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ARLOING, Président; M. GARIN, Assesseur;
MM. CADE et PIERY, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 162

Les Formes cliniques de la Dysenterie amibienne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 2 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JACQUES-EUGÈNE BERGERET

Né à Nuits-St-Georges, le 22 avril 1883



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS DÉCÉDÉS

JUSQU'A CE JOUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES MORTS

POUR LA FRANCE (1914-1918)

A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et faible
témoignage d'une vive affection et d'une
profonde reconnaissance.

A MON ONCLE LE LIEUTENANT-COLONEL TRAPET

Commandeur de la Légion d'honneur

Ex-Commandant du 3^e bis de zouaves

Dont la grande bonté pour nous ne
s'est jamais démentie un seul instant.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARLOING

Il a bien voulu accepter la présidence
de notre thèse, nous lui en sommes pro-
fondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN

Qui nous a donné l'idée de ce travail
et tous les renseignements utiles à sa
confection. Aussi bien en Macédoine qu'à
Lyon il sut toujours nous conseiller et
nous guider. Qu'il veuille trouver ici
l'expression de nos sincères remercie-
ments et l'assurance de notre vive gra-
titude.

**A TOUS MES MAÎTRES ET PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON ET DE L'ÉCOLE DE DIJON**

INTRODUCTION

Pendant les quarante-deux mois passés en Orient, à la 35^e compagnie d'aérostiers, souvent détachée à l'armée serbe, italienne ou grecque, nous avons eu l'occasion de voir beaucoup de dysentériques. Nos observations ont été perdues au moment de la marche en avant dans ce pays du roi des montagnes où le pillage est élevé à la hauteur d'une institution ; aussi n'avons-nous pu en publier aucune dans cette thèse et nous avons été très heureux d'être guidé par M. le Docteur Garin au travers de ce labyrinthe de formes.

A l'Armée d'Orient, le paludisme et la dysenterie furent la principale cause de la fonte des effectifs ; l'ami-biase intestinale était certes peu rare au camp retranché de Salonique. Dans l'étendue du bled macédonien, les campements pouvaient bien être espacés, les mesures de prophylaxie observées avec scrupule, l'absence d'eau obligeait trop souvent le tassement des bivouacs à l'entour de la fontaine turque ou du petit ruisseau coulant au fond de la faille ; l'abondance des mouches était alors considérable et l'on sait quel rôle important elles jouent dans la dissémination de la maladie. C'est peut-être pour cette raison que pendant la première avance

sur Monastir en 1916, pendant la marche en Serbie, en octobre 1918, nous avons toujours remarqué une recrudescence de dysenterie; les bivouacs des troupes qui avaient passé l'avant-veille ou la veille avaient été peu ou pas désinfectés, et nos alliés grecs ou serbes, il faut bien le dire, se désintéressaient souvent des plus élémentaires devoirs de propreté, aussi le nombre des évacués pour dysenterie surpassait celui des évacués pour paludisme dans toutes ces périodes de mouvement où les hommes étaient exposés à des contagions suspects.

Après l'exposé des formes cliniques, nous avons cru de notre devoir de donner un aperçu rapide sur le traitement et de soigner le plus possible la bibliographie pour ceux qui voudront s'intéresser à cette question.

HISTORIQUE

Si dans l'Antiquité la dysenterie amibienne n'était pas individualisée, par contre le syndrome dysentérique a été très bien étudié par les anciens.

Le passage du papyrus d'Ebers, que certains auteurs rapportent à la dysenterie, offre pourtant beaucoup plus d'analogie avec l'entérite ou peut-être avec une péritonite tuberculeuse, ainsi que l'on en peut juger : « Son ventre est pesant, son estomac malade, son cœur brûlant bat avec ardeur, ses vêtements lui pèsent et beaucoup d'habits ne le réchauffent pas. Il a soif la nuit. Son goût est perverti comme celui d'un homme qui aurait mangé des fruits de sycomore. Ses chairs sont flasques comme celles d'un homme qui se trouve mal ; s'il va à la selle, son intestin refuse de s'exonérer. Dis à cela : il y a inflammation dans son ventre. »

La Vulgate qui reproduit la version des Septante décrit les caractères anatomo-cliniques de la dysenterie épidémique.

Hippocrate et son école ont relaté les relations étroites des affections intestinales et des affections hépatiques et ils recommandent d'ouvrir l'abcès du foie au fer rouge et au bistouri. Les eaux de mauvaise qualité, les refroi-

dissements étaient pour eux des facteurs étiologiques importants, plus tard les fruits verts et, en général, l'abus des crudités seront incriminés.

Galien pense que la dysenterie est due à des ulcérations intestinales.

C'est en 1859 que Lambl signale la présence d'amibes dans les selles d'un enfant dysentérique, mais ce n'est qu'en 1875 que Lösch, à Saint-Petersbourg, trouvant dans les selles d'un dysentérique de nombreux parasites les appelle « *Amœba Coli* », il voit le rapport existant entre le grand nombre d'amibes et l'intensité du syndrome dysentérique, mais il ne leur reconnaît aucun rôle pathogène, ne voulant les considérer que comme des irritants mécaniques capables de produire seulement l'inflammation de l'intestin. Il faut attendre jusqu'en 1883 pour que Koch, puis Kartulis affirment ce pouvoir pathogène après avoir trouvé des amibes dans les fèces des dysentériques égyptiens et dans le pus des abcès du foie. Lütz est de cet avis, mais il entrevoit déjà une autre dysenterie aiguë, épidémique, tandis que Councilmann et Lafleur, étudiant en Amérique les lésions histologiques produites par l'amibe concluent qu'il existe des « dysenteries » et non une seule dysenterie produite par cette amibe qu'ils avaient eux-mêmes appelé *Amœba Dysenterix*.

Kruse et Pasquale réalisent l'infection dysentérique expérimentale par inoculation à de jeunes chats de selles amibifères ou de pus hépatique ; Quincke et Roos confirment leurs conclusions, mais différencient les amibes et ne reconnaissent qu'à la seule *Amœba Dysenterix* un caractère pathogène.

Puis aux Etats-Unis, en 1898, Harris fait l'histoire des amibes, montre leur répartition sur la paroi de l'intestin, leur pénétration dans les vaisseaux de la muqueuse et en plus de cette action mécanique admise déjà par Lösch, reconnaît une action chimique nécosante prouvée par les ulcérations de l'intestin et les lésions causées dans le tissu du foie.

D'autres auteurs, Marshall, Ebstein, Manner, Curry, Bowmann, précisent certains points déjà admis.

Jøeger, en 1902, reconnaît cette spécificité de la dysenterie amibienne pour lui observée presque uniquement aux pays chauds.

Marchoux, en 1899, au Sénégal, après de nombreuses expérimentations sur le chat, avait déjà affirmé le caractère spécifique de l'amibe ; l'inoculation échoue si le produit à injecter est chauffé à 45°, cette température tue l'amibe sans cependant détruire les bactéries.

Enfin, en 1903, Schaudinn décrit l'aspect spécial de l'amibe dysentérique, la différencie des autres espèces et la désigne sous le nom qu'elle porte actuellement d'*Entamoeba Histolytica*, voulant ainsi rappeler qu'elle digère et détruit les tissus qui sont à son contact.

Puis Lesage essaye en vain de cultiver l'amibe. Dopter complète les travaux de Jürgens sur la pénétration de l'amibe dans la paroi intestinale. Musgrave, Clegg, puis J. Woolley étudient sa répartition, son action, sa résistance.

Actuellement, Marchoux, un des protagonistes de la spécificité, « frappé par le grand nombre de porteurs sains d'amibes et de kystes se demande si le parasite ne serait pas un germe « déclanché » masquant le parasite

encore inconnu et le véhiculant même dans ses migrations extra-intestinales. » ABRAMI.

Autrefois, on croyait que la dysenterie amibienne était l'apanage exclusif des coloniaux, mais, depuis 1893, on a différentes observations dans les pays tempérés. En France, il y a les cas signalés à Paris par Caussade et Joltrain, à Marseille par Billet, à Lyon par Garin, par Cade, Thévenot et Roubier. Depuis la guerre de nombreux cas ont été étudié.

En résumé la marche de nos connaissances sur la dysenterie amibienne a procédé par étapes successives qui sont les suivantes :

1° *Découverte du parasite et son étude.* — Lösch 1875, Koch et Kartulis 1888, Schaudinn 1903.

2° *Etude expérimentale du rôle pathogène du parasite.* — Là encore, nous retrouvons Koch et Kartulis en 1883, Lütz 1891, Councilmann et Lafleur 1892, Kruse et Pasquale 1894, Quincke et Roos 1894, Harris 1898, Marchoux 1899, Jøger 1902, Jurgens 1902, puis c'est Schaudinn en 1905 qui ne craint pas d'absorber des kystes amibiens qui reproduisent sur lui-même la maladie et qui finit par en mourir à 35 ans. Dopfer, en 1904, étudie la pathogénie.

3° *Inoculation dans le rectum du chat de moins d'un mois.* — Kruse et Pasquale, en 1884, injectent des selles et du pus d'abcès stérile du foie. Marchoux au Sénégal en 1899, Garin à Lyon en 1910 font eux aussi de nombreuses inoculations.

4° *Période de la maladie dans les pays chauds.* —

C'est à cette époque que les observations de Koch et Kartulis en Egypte, de Marchoux au Sénégal font croire à une maladie spéciale aux pays chauds.

5° *Découverte de la dysenterie amibienne dans les pays tempérés.* — A partir de 1893, il y a des cas observés dans les pays tempérés, par Quincke et Roos, à Kiel, en 1893, par Lobas en 1894, à l'île Sakhaline (Sibérie), par Manner à Vienne en 1896, la même année par Boas, Borchardt à Berlin, et encore en Allemagne par Jürgens, en 1902, et par Albu, en 1904.

En France, l'amibiase intestinale autochtone est signalée à Paris par Caussade et Joltrain en 1907, la même année par Billet à Marseille, à Lyon en 1910 par Garin et, en 1912, dans cette même ville, par Cade, Thévenot et Roubier.

6° *Période de la guerre.* — Cette époque caractérisée par des campagnes coloniales, par un mélange sur le sol français de troupes venant de toutes les parties du monde facilitent l'étude plus approfondie de la question. Citons surtout les travaux de Job et Hirtzmann, Ravaut et Krolunitski, Mathis et Mercier.

7° *Découverte fondamentale de l'émétine et de ses applications.* — C'est en 1912 que Léonard Rogers, de Calcutta, utilise pour la première fois l'émétine qui sera depuis vulgarisée en France par Chauffard et Françon.

8° *Période d'après-guerre.* — Actuellement les cas de dysenterie amibienne autochtone ne sont pas rares et l'on peut dire que cette maladie a pris définitivement

droit de cité chez nous et est devenue d'observation courante, mais les formes de l'amibiase intestinale sont assez nombreuses, aussi nous les étudierons successivement d'après leur évolution, d'après leur association avec d'autres agents pathogènes, d'après les complications qu'elles présentent.

FORMES ÉVOLUTIVES

A). — FORMES LATENTES

Il est des formes de dysenterie amibienne qui ne se révèlent pour ainsi dire par aucun symptôme intestinal ; brusquement des manifestations se produisent du côté du foie, l'apparition de l'hépatite ou de l'abcès est ici le premier signe de la maladie. Dans ces cas là il n'y a pas à proprement parler de dysenterie amibienne bien qu'il soit certain que l'amibe a dû végéter dans le côlon avant d'émigrer dans le foie ; la manifestation hépatique succède bien à des ulcérations amibiennes primitives mais cliniquement la symptomatologie est restée fruste.

A côté de cette forme, on peut voir la maladie se manifester uniquement par de la diarrhée intermittente accompagnée ou non de coliques légères, mais sans phénomènes douloureux aigus, sans présence de sang et de glaires sanguinolentes dans les matières.

La latence peut également se révéler d'une autre manière, après un épisode aigu par exemple : un malade atteint de dysenterie amibienne commence par avoir, pendant quelques jours seulement, des selles nombreuses, glaireuses et sanglantes, accompagnées de coliques et d'épreintes, puis tout rentre dans l'ordre pendant des

années de telle sorte que le malade perd jusqu'au souvenir de son épisode aigu initial et ce n'est souvent qu'à l'occasion d'une rechute que la véritable nature de l'affection pourra être déterminée.

B). — FORME SUBAIGUE

A côté des formes latentes que nous venons de décrire, on peut voir des malades présenter pendant de longues années des accidents constitués uniquement par des selles pâteuses ne renfermant pas ou peu de sang, peu de glaires, entrecoupées de période de constipation ; les phénomènes douloureux peuvent manquer ou bien se manifester par des douleurs vagues au niveau du cæcum et rappeler la symptomatologie d'une appendicite chronique.

Dans d'autres cas on observe des digestions lentes, pénibles, accompagnées de douleurs gastriques ; on est en présence des formes gastralgiques ou dyspeptiques de l'amibiase intestinale. Dans ces formes subaiguës prolongées l'état général est souvent touché, on constate de la pâleur des téguments, un certain degré d'anémie ; ces malades semblent être atteints d'entérite tuberculeuse et de fait dans un certain nombre de cas on peut voir la tuberculose pulmonaire ou intestinale se greffer sur la dysenterie amibienne méconnue.

C). — FORMES AIGUES ET SURAIGUES

Ces formes se voient surtout dans la dysenterie amibienne des pays chauds, ce sont elles qui ont été observées

si souvent en Macédoine pendant la guerre; brusquement, chez des soldats surmenés, elles débent par des coliques violentes accompagnées d'émissions de glaires sanguinolentes, le ténésme est horriblement douloureux, les malades se présentent à la selle plus de quatre ou cinq fois par heure pour rejeter seulement chaque fois un *crachat sanguinolent*. L'état général est souvent touché, on constate des phénomènes de retentissement péritonéal : le ventre est dur, rétracté, douloureux à la pression, des vomissements bilieux ou porracés peuvent être observés, la température peut être très élevée, à 39° et au-dessus, mais dans quelques cas on note du refroidissement des extrémités avec une température normale, de la sudation, un pouls filant et rapide, de l'embryocardie, un état syncopal plus ou moins alarmant.

Dans certains cas, la maladie peut simuler le choléra et se manifester surtout par des selles liquides, des vomissements bilieux ou porracés, un état général grave, et la mort peut survenir dans deux ou trois jours.

Il est probable, d'ailleurs, que dans ces cas suraigus, on a affaire à des infections surajoutées à l'amibe, infections dues probablement aux différents bacilles dysentériques ou même aux bacilles typhiques. On voit des douleurs articulaires, rougeur, gonflement et douleurs spontanées à la pression, à la mobilisation, localisées surtout au genou ou au coup de pied; ces manifestations sont mono ou pluri-articulaires.

On voit aussi des douleurs musculaires, surtout dans les cuisses et les lombes.

Signalons aussi des éruptions qui sont : soit des éruptions purpuriques, soit des placards érythémateux

plus ou moins étendus sur le tronc et sur les membres; jamais on n'observe de tétanie.

Dans ces formes aiguës, il est à noter que l'on ne voit jamais de perforations intestinales; d'ailleurs, d'une façon générale, la dysenterie amibienne donne lieu à des ulcérations profondes de la paroi intestinale pouvant s'accompagner de réactions ou de lésions péritonéales, mais pour ainsi dire jamais de perforations.

L'examen des selles montre en général un très grand nombre d'amibes, surtout de petite taille (on n'observe pas de kystes amibiens avant le quinzième jour, GARIN) quand il s'agit d'épisode de début.

Au point de vue de leur évolution, ces formes aiguës, après huit ou quinze jours, ne tardent pas à entrer dans une période chronique, les phénomènes cliniques s'atténuent peu à peu; d'ailleurs, le traitement à l'émétine, fait d'une façon précoce et à dose suffisante, permet de juguler la maladie en quelques jours, quatre ou cinq au plus, il est même possible par un traitement énergique (15 à 20 centigrammes par jour pendant trois jours) d'obtenir un véritable *blanchiment* des amibiens (Garin). Les malades peuvent être guéris définitivement par cette thérapeutique si elle a été faite avant l'apparition des kystes.

D). — FORMES ANÉMIQUES

Quand elle arrive à la période chronique, l'amibiase intestinale peut se présenter sous l'aspect d'une anémie prononcée; on a des malades amaigris, pâles, pouvant présenter de temps en temps de l'œdème des malléoles sans albuminurie; les muqueuses sont décolorées, le foie

est en général augmenté de volume, la diarrhée, glaireuse ou sanguinolente, alterne avec des périodes de constipation marquée. Ordinairement apyrétiques, ces malades présentent pourtant de temps à autre des poussées de température, accompagnées de phénomènes douloureux au niveau du cæcum, du transverse ou même du foie; s'il s'agit de coloniaux, on songe souvent au paludisme. dont l'association, il faut le reconnaître, est fréquente chez ces malades (Grall), mais ces poussées de température durent en général quelques jours, sans rémission complète, ne cèdent pas à la quinine et ne s'accompagnent pas toujours de la présence de l'hématozoaire dans le sang; au contraire, dans ces cas-là, l'émétine a une action manifeste sur la température.

Quant à l'examen du sang, il montre seulement une diminution plus ou moins grande des globules rouges sans modification de la formule leucocytaire, bien qu'on puisse noter cependant un certain degré d'éosinophilie.

E). — FORMES A RECHUTES

Tous les deux ou trois mois, pendant plusieurs années, surviennent des épisodes aigus, caractérisés par l'apparition de selles glaireuses, sanguinolentes, accompagnées de coliques, mais l'état général reste bon et le malade ne tarde pas à entrer dans une période de calme de quelques mois qui sera suivie d'une autre poussée.

Cette forme est une des plus habituelles chez les amibiens qui ignorent la véritable nature de leur affection et qui, de ce fait, ne sont pas soumis au traitement spécifique.

FORMES ASSOCIÉES

Depuis longtemps déjà, Musgrave et Strong avaient signalé des faits de dysenterie mixte, mais pendant la guerre de nombreux auteurs, entre autres Roussel, Brulé, A.-P. Marie, Mouriquand et Deglos ont attiré de nouveau l'attention sur les associations de la dysenterie amibienne avec des bacilles et des parasites divers, tels que *Trichomonas intestinalis*, *Tetramitus*, *Spirilles*, *Lamblia*. On n'est pas bien fixé à l'heure actuelle sur le rôle qu'il faut assigner à chacun des membres de cette association. Ravaut et Krolunitski, Mathis, Brumpt et Marchoux ont montré qu'il existait des « *porteurs sains* » de kystes, mais il faut bien admettre que si les « *semeurs d'amibes* » n'ont jamais été atteints, c'est qu'il est besoin de certaines circonstances favorables aidant l'éclosion de la dysenterie amibienne; peut-être que ces associations de bacilles et de parasites, en lésant la muqueuse intestinale, arrivent à sensibiliser le terrain.

On a prétendu aussi que ces symbioses étaient cause des formes graves de la dysenterie bacillaire, formes plus fréquentes dans les armées en campagne, plus fréquentes dans les pays chauds.

A). — AVEC LES BACILLES DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

Ces associations sont plus fréquentes qu'on ne le suppose, c'est qu'en effet, les amibes sont très difficiles à trouver par suite de l'abondance de sang et de muco-pus dans les selles. C'est surtout dans les pays chauds que se rencontre cette symbiose, mais quand elle se produit d'emblée, c'est-à-dire lorsque l'organisme sain est envahi à la fois par l'amibe et les bacilles dysentériques, elle donne naissance à un syndrome extrêmement grave avec hyperthémie, facies typhique, délire, selles extrêmement fréquentes. On songe alors au choléra, mais un examen microbiologique attentif permet de voir qu'il s'agit en réalité d'une affection mixte à bacilles dysentériques et amibes.

Quelquefois, cette association peut se manifester sous forme d'infection à bacilles dysentériques, greffée sur une amibiase intestinale chronique. On assiste alors à de véritables rechutes de la dysenterie, mais l'examen bactériologique montre là encore qu'il s'agit en définitive d'une affection par le bacille dysentérique, d'ailleurs cliniquement, cette pseudo-rechute de dysenterie amibienne s'accompagne de phénomènes généraux et de fièvre.

B). — AVEC D'AUTRES BACILLES

Vers 1880, Cunningham, aux Indes, constate des amibes dans les déjections des cholériques; Perroncito, en Italie, dans celles des typhiques. Garin également a observé

un certain nombre de cas où la présence des amibes a été constatée dans les selles de typhiques.

Il ne semble pas d'ailleurs que cette association modifie l'allure clinique de la fièvre typhoïde, les déjections gardent le caractère des selles typhiques, fétides, fécaloïdes, sans présenter les caractères dysentériques avec mucosités et glaires sanguinolentes.

Dans le pus des abcès du foie, on trouve très souvent des bacilles, surtout du streptocoque, bien que pas d'amibes, mais elles existent cependant et la preuve en est fournie par l'injection au rectum du chat.

C). — AVEC LE PALUDISME

Pour Job et Hirtzmann, la fréquence de cette association résulte : de la susceptibilité de l'intestin dans les régions malariennes, de la fréquence des atteintes intestinales chez les paludéens, et enfin de la prédisposition toute spéciale que crée l'un pour l'autre soit l'hématozoaire de Laveran, soit l'amibe dysentérique. Les deux maladies peuvent apparaître simultanément bien qu'en général l'accès palustre ne survient que dans le décours d'une crise de dysenterie amibienne. Cette association amœbo-palustre est toujours d'un pronostic défavorable et souventes fois le traitement par l'émétine et la quinine n'améliore pas ces malades.

A l'armée d'Orient, en Macédoine, nous avons eu l'occasion d'observer un très grand nombre de soldats, qui étaient à la fois des paludéens et des amibiens. Dans l'intervalle de leurs accès, ils présentaient souvent des poussées de dysenterie avec décharges d'amibes dans les

selles, mais ce qui a pour nous un intérêt particulier, c'est qu'il peut se produire chez ces malades des réactions thermiques à 39°, durant de 24 à 48 heures, accompagnées de congestion hépatique, réactions thermiques sur lesquelles la quinine est sans effet, mais qui cèdent vite au traitement par l'émétine. Dans ces cas, d'ailleurs, les selles ne sont pas plus abondantes que d'ordinaire, et il semble que la maladie amibienne soit silencieuse au niveau de l'intestin. A l'examen du sang, on constate l'existence de gamètes mais souvent en petit nombre.

C). — AVEC TRICHOMONAS INTESTINALIS

Il n'est pas rare de trouver l'*Entamæba Histolytica* et le *Trichomonas intestinalis*, surtout Chassin et Billet en ont cité plusieurs cas.

On a prétendu que le *Trichomonas* entretiendrait l'état inflammatoire de l'intestin, mais il semble bien difficile de le rendre seul coupable des ulcérations dysentériques et la preuve n'en est pas encore faite. Si parfois on a rencontré seul le *Trichomonas intestinalis*, il ne faut pas oublier que dans les formes à rechutes, l'*Amæba Histolytica* ne se voit pas dans les périodes intercalaires. Dans ces associations intermittentes, le parasite et l'amibe, ainsi que le pense Dopter, doivent être tous deux incriminés.

D). — AVEC LE LAMBLIA INTESTINALIS

D'après Ravaut et Carles, les formes où le *Lambliæ* se trouve associé à l'*Entamæba Dysenteria*, sont beaucoup

plus résistantes puisqu'après le traitement à l'émétine et au néoarsénobenzol, des troubles intestinaux persistent encore. Battistelli, dans sa thèse de Lyon 1920, cite deux observations d'entérite à infection lamblio-amibienne.

Certains cas de *Lambliose* doivent souvent s'accompagner d'amibes, qui n'apparaissent quelquefois, ainsi que le signale Cade, qu'après une première injection intraveineuse de néosalvarsan qui, alors, a toute la valeur d'un procédé d'enrichissement.

E). — AVEC LA BILHARZIOSE

La bilharziose rectale peut simuler la dysenterie amibienne. Garin a observé une fois un Martiniquais atteint de cette forme de bilharziose et qui présentait dans ses selles à la fois des amibes et des œufs de bilharzie.

Ce malade fut amélioré par le traitement émétinien, les amibes disparurent, les selles devinrent beaucoup moins sanglantes, mais les œufs de bilharziose persistèrent néanmoins.

F). — AVEC LA TUBERCULOSE

Quelquefois, la tuberculose semble tellement associée à la dysenterie, qu'on a pu décrire une forme dysentérique de la tuberculose intestinale, localisée à l'S iliaque, au rectum, au gros intestin, avec évacuations muco-sanguinolentes peu abondantes mais fréquentes (Paviot). On peut d'ailleurs confondre les formes à rechutes avec de la tuberculose recto-colique. Même à l'autopsie, on hésite pour faire le diagnostic, et c'est l'auscultation des

poumons qui plaidera en faveur ou non de la tuberculose.

Mouisset et Petitjean ont signalé des abcès tuberculeux avec lésions spécifiques de la paroi chez d'anciens dysentériques.

Dans le cas cité par Cade, Thévenot et Roubier, la tuberculose s'était greffée sur les lésions intestinales dysentériques et avait déterminé des ulcérations tuberculeuses de l'intestin avec un abcès tuberculeux hépatique.

Thévenot et Plontz ont signalé la présence du bacille de Koch dans le pus des abcès du foie.

FORMES COMPLIQUÉES

C'est au niveau du foie que se voient les complications les plus habituelles de l'amibiase intestinale. Ce sont l'hépatite et l'abcès du foie, tellement fréquentes qu'elles pourraient être, à la rigueur, considérées plutôt comme des symptômes que comme des complications.

Il en est d'autres, plus rares, qui peuvent se produire au niveau du tube digestif, ce sont : l'appendicite et les abcès péricrectaux.

HÉPATITE

Il est très fréquent, au cours de la dysenterie amibienne, de noter des poussées douloureuses au niveau du foie augmenté de volume et douloureux à la palpation. Ces sensations douloureuses, accusées spontanément par le malade, sont comparées par lui à un poids, à une barre épigastrique, elles s'irradient dans le dos, dans les lombes et au niveau du bras droit. Généralement, ces poussées d'hépatite s'accompagnent de décharges biliaires dans les selles, et on observe parfois une teinte jaunâtre, à peine subictérique des conjonctives et de la peau, mais les urines ne présentent pas de pigments biliaires, il

ne s'agit donc pas en général d'ictère, ni de subictère, mais d'une sorte de teint particulier à ces malades.

Très souvent, on constate des troubles digestifs, des vomissements, l'état saburral de la langue, l'anorexie, le ballonnement du ventre. Il y a toujours de la fièvre, la température monte, s'élève au-dessus de 38° et s'y maintient en plateau pendant plusieurs jours; la défervescence se fait brusquement sous l'influence du traitement émétinien, même sans lui, elle peut se produire aussi spontanément, mais elle se fait alors en lysis.

Dans ces cas, cette hépatite amibienne ne s'accompagne pas de suppurations mais elle constitue souvent le premier stade de l'abcès amibien que nous allons maintenant étudier.

ABCÈS AMIBIENS

Le plus souvent, ils succèdent à une poussée hépatique analogue à celle que nous venons de décrire, mais ils peuvent aussi se former sournoisement, s'installer peu à peu, sans réactions douloureuses, ni phénomènes thermiques. A la période d'état, on se trouve en présence de malades qui ont un gros foie débordant les fausses côtes ou bien, au contraire, dont la matité remonte très haut vers le thorax, suivant que l'abcès est situé près de la face inférieure du foie ou près du diaphragme. Dans les cas situés en arrière ou bien à la partie supérieure du foie, il existe ordinairement de la réaction, du côté de la plèvre droite, la sonorité normale disparaît dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit ; on y cons-

tate en somme les signes d'un épanchement peu abondant.

La ponction exploratrice amène du liquide qui peut être séreux ou purulent, c'est alors qu'il est habituellement de couleur brun chocolat, selon la comparaison classique. Il provient de l'ouverture de l'abcès hépatique dans la plèvre après perforation du diaphragme.

Dans ces derniers cas, le liquide purulent peut être retiré après une ponction blanche lorsqu'on enfonce plus profondément l'aiguille qui pénètre alors dans la poche prulente hépatique. Le pus provient alors directement de l'abcès, la plèvre est seulement épaissie et ne renferme pas de liquide.

D'autres fois enfin, une ponction faite dans les derniers espaces intercostaux et sur la ligne axillaire postérieure, ramène du liquide séro-fibrineux tandis que l'aiguille enfoncée au même point, mais plus profond, ramènera du pus chocolat. Dans ce cas, la ponction exploratrice permet de saisir sur le vif et de découvrir à la fois la pleurésie séro-fibrineuse de réaction, et la poche purulente hépatique.

L'examen aux rayons X des foies amibiens abcédés ne donne pas toujours des renseignements très utiles; ils montrent simplement l'augmentation de volume du foie en hauteur, l'ombre hépatique peut être prolongée par des demi-teintes du côté du poumon. Quelquefois cet examen permet d'apercevoir une saillie bombant sur la face inférieure, due à un abcès bas situé.

L'abcès amibien peut être unique, constitué par une vaste poche plus ou moins ramifiée ou bien, au contraire, on peut en observer plusieurs dans le même foie.

L'évolution des abcès hépatiques s'accompagne toujours de phénomènes généraux d'amaigrissement, d'anémie profonde et d'une courbe thermique constituée par de grandes oscillations quotidiennes à 40°, suivies d'abaissement à 38°, 38°5.

Parfois, l'émétine administrée dès le début, peut amener à elle seule la guérison (Chauffard), mais le plus souvent ces abcès relèvent de l'intervention chirurgicale et de l'évacuation au dehors. Néanmoins, avant de pratiquer l'intervention chirurgicale, il faut faire un traitement à l'émétine, qui abaissera la température, diminuera la fièvre, et localisera le processus d'abcédation; on devra de même donner ce médicament aux opérés pour hâter leur guérison. Le traitement médical bien conduit est toujours un adjuvant très utile du traitement chirurgical.

APPENDICITE

Si l'hépatite et l'abcès sont les complications habituelles de la dysenterie amibienne, on peut voir assez souvent des réactions péritonéales autour de l'intestin malade, réactions qui se manifestent cliniquement par des poussées de péritonite localisées au point de Mac Burney avec douleur, empâtement diffus de la région, résistance à la palpation des muscles abdominaux, vomissements et fièvre.

Ces poussées ne cèdent pas toujours à l'administration de l'émétine, mais doivent être traitées par le repos, la vessie de glace et l'intervention chirurgicale en cas d'abcédation.

OBSTRUCTION INTESTINALE

Au point de vue anatomo-pathologique, ces poussées s'accompagnent de la formation d'exsudats qui s'organisent peu à peu et donnent naissance à des adhérences; c'est ce qui explique que chez les vieux amibiens on puisse observer des coudures anormales de l'intestin ou des retrécissements cicatriciels, qui entraînent des phénomènes d'obstruction.

RECTITE ET PÉRIRECTITE

Les lésions de la dysenterie amibienne sont ordinairement très confluentes au niveau des portions terminales du tube digestif, anse sigmoïde et rectum.

Les ulcérations souvent térébrantes s'accompagnent fréquemment d'infection de l'atmosphère celluleuse périrectale avec épaississement et densification de la paroi intestinale qui se cartonne, mais cette réaction inflammatoire n'est pas toujours fibreuse, et elle s'accompagne quelquefois de la formation de véritables abcès périrectaux qui peuvent s'ouvrir secondairement dans la lumière intestinale pour nécessiter une évacuation chirurgicale.

Cette complication, observée seulement chez de vieux amibiens méconnus ou insuffisamment traités, doit devenir de plus en plus rare avec l'emploi méthodique du traitement émétinien.

DIAGNOSTIC

Si le diagnostic de la dysenterie amibienne repose sur la symptomatologie que nous avons déjà étudiée, il ne peut être affirmé d'une façon certaine que par l'examen microscopique des selles.

Il convient donc de pratiquer cet examen dans les meilleures conditions possibles et, tout d'abord, il faut savoir qu'on a peu de chances de rencontrer des amibes dans les selles d'un malade déjà soumis à un traitement à l'émétine, une seule injection pouvant, en quelques heures, faire disparaître les amibes des matières; du reste, après l'administration de l'émétine, les seuls éléments que l'on puisse voir alors, et dont le diagnostic est relativement difficile à faire : ce sont les kystes amibiens.

Au contraire, la nature diarrhéique des selles est une condition favorable à l'examen; il faut prélever sur celles-ci, au fil de platine, non point les parties fécales, mais les parties glaireuses et muco-sanguinolentes; d'autre part, il faut se rappeler que les amibes meurent et se dissolvent dans les matières assez rapidement et il faut pratiquer l'examen sur des selles chaudes, fraîchement émises (moins d'une heure après leur émission). C'est pour avoir recherché les amibes dans des selles recueil-

lies longtemps avant l'examen microscopique, que le laboratoire de l'Armée d'Orient a pu méconnaître l'existence de cette maladie pendant près de huit mois. Il faut savoir aussi que chez un amibien, même non traité par l'émétine, les amibes peuvent apparaître ou disparaître dans les matières d'un jour à l'autre.

L'administration d'un purgatif au sulfate de soude peut rendre de grands services; cela constitue, en effet, un traitement appréciable de la maladie, et cela permet de rencontrer plus facilement les amibes dans les selles émises sous l'influence de la purgation. Le fait a été mis en évidence depuis longtemps pour tous les protozoaires intestinaux par le Professeur Guiart.

Toutes ces précautions prises, on pourra procéder à l'examen microscopique avec le maximum de chances de rencontrer des amibes qui seront toujours accompagnées de cellules épithéliales de l'intestin, d'hématies, de quelques leucocytes, de bactéries, et quelquefois d'infusoires.

Ces amibes peuvent se présenter sous les trois formes d'*Entamœba histolytica*, d'*Entamœba tetragena* et de *Kystes amibiens*.

Caractères généraux des amibes. — Toutes les amibes sont des petits êtres transparents et incolores, constituées par une masse protoplasmique volumineuse, répartie en deux zones : l'une, périphérique, hyaline, réfringente (ectoplasme); l'autre, centrale, opaque, granuleuse (endoplasme), et renfermant un petit noyau ovalaire. Comme leur nom l'indique, les amibes (*αμιβη*), sont animées de mouvements qui modifient leur forme.

L'*Entamœba histolytica*, que l'on rencontre souvent

dans les formes aiguës et subaiguës, s'y montre ou isolée, ou réunie par éléments de quinze à vingt et même davantage. Ces amibes sont douées d'une grande mobilité, leur dimension est de 25 à 30 μ , l'endoplasme renferme surtout des hématies, mais on peut y rencontrer aussi des débris cellulaires et des bactéries.

L'*Entamœba tetragena*, que l'on rencontre surtout dans les formes latentes et à rechutes, est généralement plus petite, à moins de mobilité; son endoplasme contient peu d'éléments, mais au contraire d'*Entamœba histolytica* son noyau est apparent, son caryosome est même visible; c'est du reste ce dernier caractère qui l'a souvent fait confondre avec *Entamœba coli*, dont elle s'en distingue par une taille plus petite, un aspect plus vitreux, mais surtout par ce fait que l'ectoplasme est beaucoup plus net; même pendant le mouvement, il est très difficile, chez *Amœba coli*, de distinguer l'ectoplasme de l'endoplasme. Pour Job et Hirtzmann, cette forme ne serait qu'un des termes de l'évolution du parasite.

L'examen au microscope pourra nous permettre de faire le diagnostic entre les différentes dysenteries et surtout entre les deux formes les plus communes, la dysenterie bacillaire et l'amibiase intestinale.

Si l'on veut se rappeler que les amibes lèsent avec prédilection la sous-muqueuse intestinale et la musculaire de la muqueuse, tandis que dans la dysenterie bacillaire les lésions sont superficielles et touchent l'épithélium, on pourra les différencier d'après le tableau comparatif de Wilmore et Shearman.

A. — *Dysenterie amibienne*

1° Exsudats cellulaires rares, en particulier des leucocytes polynucléaires.

2° Prépondérance des mononucléaires sur les polynucléaires.

3° Digestion protéolytique manifeste des éléments cellulaires par un ferment sécrété par les amibes. Cette digestion commence à la périphérie des cellules, on y voit des encoches.

4° Absence de tous les phénomènes caractéristiques de la réaction inflammatoire : nécrose toxique et autolyse consécutive.

B. — *Dysenterie bacillaire*

1° Abondance des éléments cellulaires, dont le plus grand nombre est constitué par des polynucléaires.

2° Prépondérance des polynucléaires sur les mononucléaires.

3° Nécrose toxique des cellules. Modifications de dégénérescence de toute la cellule, le noyau compris. On a la cellule en *spectre*, caractéristique de la dysenterie bacillaire, constituée par ce fait que la dégénérescence ne laisse subsister qu'un léger collier de cytoplasme.

4° Evidence des phénomènes caractéristiques de la réaction inflammatoire.

Pour Thomson, comme conséquence de cette hémolyse, on observerait presque toujours dans la dysenterie amibienne, des cristaux de Charcot-Leyden.

Dans la dysenterie bacillaire, il faut éviter de prendre

les grandes cellules pour des amibes; on peut voir aussi de petits morceaux de muqueuse nécrosée, dont l'aspect rappelle celui de lambeaux de muqueuse *hachée* et *lavée*.

Microscopiquement, dans les fèces de l'amibiase intestinale, le mucus teinté par du sang hémolysé, a une couleur brun chocolat caractéristique, tandis que dans la dysenterie bacillaire le mucus ressemble à de la gelée de groseille blanche, striée de sang rouge vif; les selles contiennent rarement des matières fécales.

L'examen au microscope est le seul, nous l'avons dit, qui permette d'affirmer l'amibiase intestinale.

Cependant il est des cas où, dans des selles fraîchement émises, on ne trouve ni amibes, ni kystes, et pourtant les signes cliniques sont en faveur d'une dysenterie; c'est alors, selon Lœprer et Wagner, qu'il y aurait intérêt à pratiquer chez ces suspects l'examen direct de la muqueuse rectale qui permettra souvent de constater les lésions localisées à l'anus, à l'ampoule rectale et au delà, delà, lésions érosives, ulcéreuses, granuleuses, tomenteuses, papillaires ou végétantes; le fond des ulcérations est souvent sanieux, les bords sont épaissis et découpés, on peut même directement y prélever du mucus et rechercher les kystes qui pourraient s'y cacher.

Dans les formes latentes de la dysenterie autochtone, l'absence d'amibes et de kystes rendra le diagnostic beaucoup plus difficile si l'on n'est pas persuadé qu'un malade peut ne présenter aucun symptôme dysentérique, ne jamais avoir quitté la France, ne pas avoir de fièvre, et pourtant le liquide retiré d'une ponction exploratrice, révélera la présence d'amibes.

C'est dans ces cas particulièrement délicats qu'il faut

surtout penser à la possibilité d'une amibiase intestinale pour en faire le diagnostic.

Enfin, quand on n'a pas réussi à mettre l'amibe en évidence, quand on a des présomptions en faveur d'une amibiase intestinale, l'application du traitement à l'émétine permet d'aider au diagnostic, si la guérison survient.

Il y aurait là quelque chose d'analogue au traitement d'épreuve de la syphilis. En réalité, nous croyons que cette méthode n'a pas la très grande valeur que certains auteurs lui attribuent. L'émétine peut en effet améliorer n'importe quel syndrome dysentérique, comme l'ont signalé récemment à la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon* MM. Pic et Chalier, et comme l'enseigne journellement M. Garin.

TRAITEMENT

TRAITEMENT. — Le traitement de l'amibiase intestinale se résume presque en entier dans l'emploi judicieux de l'émétine. Les règles qui doivent présider à son application sont déterminées par sa toxicité assez grande et, d'autre part, par ce fait que c'est un médicament qui s'accumule dans l'organisme.

TRAITEMENT DE DÉBUT. — MÉTHODE DE BLANCHIMENT. — Si on a la chance d'observer des malades dès le début de leur infection, à leur première poussée de dysenterie et avant l'apparition des kystes, on peut tenter avec Garin une méthode de cure définitive par l'émétine. On administre, dans ces cas, jusqu'à 20 cgr. d'émétine par jour pendant trois jours seulement, et il faut prendre alors une série de précautions : n'employer ce traitement que chez des sujets résistants, suffisamment jeunes, ne présentant ni lésions cardiaques, ni lésions rénales ; maintenir ces malades au lit pendant la durée du traitement et leur administrer du café noir à plusieurs reprises pendant la journée ou une injection de caféine (0 gr. 25) matin et soir. L'injection des 0 gr. 20 d'émétine doit se faire dans les muscles de la fesse, en solution diluée à 1 cgr. par centimètre cube. On peut les injecter

soit en une seule fois, soit mieux en deux fois, 0 gr. 10 le matin, 0 gr. 10 le soir.

Après les trois jours d'émétine, on administre pendant quelques jours du sulfate de soude à la dose de 5 à 6 gr. chaque matin ou sous forme d'eau de Carlsbad (1 verre matin et soir). Sous l'influence de ce traitement on pourra, d'après Garin, obtenir des stérilisations définitives de la maladie.

TRAITEMENT DES RECHUTES. — A la période d'état, le traitement devra être souvent répété, pendant des années, il consiste pendant un mois dans l'injection intramusculaire de 5 à 6 gr. d'émétine pendant trois jours par semaine. Après ces trois jours d'émétine et dans les cas où le malade paraît anémié, on pourra, le quatrième jour, ajouter une injection de novarsénobenzol en commençant, la première fois, par une dose faible de 15 mgr., on fera ainsi 4 injections de novarsénobenzol de 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 60 et 0 gr. 60. Pour Ravaut, le novarsénobenzol aurait, lui aussi, une action paracide sur l'amibe. Ce traitement devra être repris à chaque rechute consécutive.

Dans les périodes intercalaires aux poussées aiguës, les malades se trouvent bien, en général, de petites purgations espacées tous les mois, de l'administration de tannin, de quinine.

Il faut se garder de donner de l'émétine trop souvent, sans indication suffisante ou à titre préventif, il faut réserver le traitement éméтинien à la cure des rechutes et l'employer à doses suffisantes et suffisamment prolongées (1 mois). La dose totale à administrer durant

ce mois ne doit jamais dépasser 1 gramme sous peine de voir survenir des phénomènes d'intolérance : douleurs très vives au niveau du point d'injection, névrite, état syncopal, voire même vomissements.

Dans les cas de dysenteries aiguës rebelles, M. Cotte a obtenu de très bons résultats par l'appendicostomie suivie de lavages au nitrate d'argent.

Nous ne pouvons pas, ici, étudier davantage la thérapeutique des différentes complications de la dysenterie amibienne qui nécessiterait une place beaucoup trop étendue.

CONCLUSIONS

I. — La dysenterie amibienne est une affection qui a définitivement été acclimatée chez nous après la guerre, à la suite du retour de nos coloniaux et du mélange sur notre sol des races de tous les pays du monde.

II. — Son existence antérieure à 1914 permet de prévoir que cette acclimatation en France est définitive.

III. — Les manifestations de la dysenterie amibienne sont très variées et très nombreuses et peuvent être classées en formes évolutives, formes associées, formes compliquées.

IV. — Le diagnostic clinique s'appuiera sur l'examen des selles, qui doit être pratiqué selon une technique rationnelle et méthodique.

V. — Le pronostic est variable et sa gravité résulte de l'intensité des symptômes, de la répétition des rechutes qu'il est impossible de prévoir et des complications hépatiques.

VI. — Le traitement par l'émétine constitue heureusement une médication véritablement héroïque, qui

permet d'obtenir soit la stérilisation définitive du mal, soit la guérison des rechutes, ou même enfin la guérison des complications les plus graves, comme l'hépatite et l'abcès du foie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ARLOING

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 17 février 1921

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, et FOIX. — Amibiase hépatique tardive à forme nodulaire (*in Gazette des Hôpitaux* 1914, p. 1403).

ARRIOL RUFNIS. — Les abcès amibiens du foie chez les Philippins (*in Progrès Médical* 1918, p. 153).

ARMAND DELILLE, G. PAISSEAU, et H. LEMAIRE. — Sur le traitement des abcès du foie par l'Emétine (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, p. 777).

ABRAMI. — Les Dysenteries (*Infections parasitaires*, A. Maloine et Fils, Paris 1921, p. 451).

ALBU. — Sur la dysenterie indigène sporadique (*Zeitschrift für Klin. medicin*, t. LVI, 1904).

Ph. BAHR et J. YOUNG. — Les enseignements de la guerre au sujet de la dysenterie (1915-1918) (*in Presse Médicale*, 1919, p. 340).

G. BOERI. — Sur la dysenterie amibienne endémique en Sardaigne (*in Presse Médicale*, 1919, p. 751).

G. BROUARDEL et R. GIROUX. — Dysenterie amibienne chronique guérie par les injections de chlorhydrate d'émétine (*in Progrès Médical* 1914, p. 138).

BLOCH. — L'Amibiase suraiguë (*Société médicale des Hôpit. de Paris*, 1916, p. 1839).

G. BATTISTELLI. — La Lambliose intestinale (*Thèse de Lyon*, 1920, p. 39).

BOINET, et SICARD. — De la dysenterie épidémique dans la Bible (*in Bulletin de l'Acad. de Médec.* 1920, p. 166).

- BILLET. — Sur un cas de dysenterie « nostras » à amibes (*Semaine médicale* 1907, p. 336).
- BOAS. — Ueber Amöbenenteritis (*in Deutsche med. Wochens.* 16 avril 1896).
- BORCHARDT. — *In Deutsche med. Wochens.* 16 avril 1896.
- BILLET. — De la dysenterie à Trichomonas (*Le Caducée*, 17 août 1907).
- COURTOIS-SUFFIT, Paul JACQUET et L. GÉRY. — Un cas de bilharziose intestinale contractée à la Guadeloupe (*in Gazette des Hôpitaux*, 1912, p. 833).
- G. CAUSSADE et S. MARBAIS. — Dysenterie (*in Gazette des Hôpitaux* 1919, p. 156).
- CHAUFFARD et FRANÇON. — Emétine et abcès amibien du foie (*in Gazette des Hôpitaux* 1919, p. 656).
- Jean CARLES et FROUSSARD. — Les lésions recto-coliques de la dysenterie amibienne. Leur étude sur le vivant par l'examen recto-sigmoïdoscopique (*in Presse médicale* 1917, p. 154).
- Jacques CARLES et FROUSSARD. — Les reviviscences de la dysenterie amibienne (*in Progrès médical* 1916, p. 226).
- CROS et DE TEYSSIER. — Abcès amibiens hépatiques, 3 cas avec autopsie (*in Lyon Médical*, 1916, p. 140).
- CADE, L. THÉVENOT, ROUBIER. — Deux cas de dysenterie amibienne, abcès du foie, association tuberculeuse (*in Lyon Médical* 1912, p. 1151).
- CHAUFFARD et FRANÇON. — Abcès amibien du foie guéri par l'émétine et le 914 sans opération (*in Société Médic. des Hôpitaux de Paris* 1919, p. 698).
- A. CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin. (Collection Testut, p. 773).
- CADE et VAUCHER. — Abcès du foie dans la dysenterie amibienne autochtone (*in Société médicale des Hôpitaux de Paris*, p. 1042, 1916).
- CAUSSADE et JOLTRAIN. — Un cas de dysenterie amibienne avec abcès du foie d'origine parisienne (*Semaine médicale*, 1907, p. 95).

- COUNCILMAN et LAFLEUR. — Amœbic dysentery (*The John Hopkins Hospital Reports*, 1891, II).
- COTTE. — De l'appendicostomie suivie de lavages au nitrate d'argent dans le traitement des dysenteries aiguës rebelles (*Journal de Chirurgie*, 1918, t. XIV, N° 5, p. 462).
- CADE ET BOCCA. — Un cas d'hépatite abortive (*in Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 1919).
- CADE, LAROYENNE et BOCCA. — Appendicostomie dans un cas de dysenterie aiguë (*in Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 1919).
- DUMAS de Nancy. — Bacilles dysentériques (*in Gazette des Hôpitaux* 1919, p. 1283).
- DECROP. — Les formes larvées de la dysenterie amibienne (*in Presse médicale* 1918, p. 129).
- DARGEIN. — Un cas autochtone d'hépatite suppurée d'origine amibienne (*in Progrès médical* 1918, p. 154).
- Ch. DOPTER. — Les Dysenteries (*in Encyclopédie scientifique*. O. Doin et fils, Paris 1909).
- FLORAND et R. BENSAUDE. — Etude radiologique des lésions recto-coliques dans la dysenterie (*in Société Méd. des Hôp. de Paris* 1917, p. 963).
- FAIRISE et L. JANNIN. — Dysenterie chronique à *Lamblia* (*in Archives de méd. expérimentale et d'anat. path.* N° 5, septembre 1913).
- GALLIARD et BRUMPT. — Un cas de dysenterie amibienne autochtone (*in Gazette des Hôpitaux* 1912, p. 2039).
- GARIN. — Recherches sur le Traitement de la Dysenterie amibienne (*in Lyon médical*, 1917).
- GUIART et GRIMBERT. — Diagnostic chimique, microscopique et parasitologique, 3° édit., chez J. Lamarre et C^{ie}, Paris 1912, p. 533).
- GUIART. — *Parasitologie* (J.-B. Baillière et fils, Paris 1910, p. 135).
- Ch. GRALL et E. MARCHOUX. — Paludisme (*in Traité de Patho-*

- logie exotique, J.-B. Baillière et fils, Paris 1910, p. 288).
- Ch. GARIN. — La dysenterie amibienne autochtone (*Semaine médicale*, 24 août 1910).
- HARRIS. — Amœbic dysentery (*American Journal of the medical Science*, Philadel. 1898).
- E. JOB et L. HIRTZMANN. — Paludisme et Amibiase (*in Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1920, p. 1139).
- G. JOB et L. HIRTZMANN. — L'Evolution d'Amœba dysenteriae et l'histopathogénie des abcès du foie (*in Progrès médical* 1918, p. 383).
- JEANSELME et RIST. — *Précis de pathologie exotique*. Masson et C^e, Paris, p. 270-294).
- R. JURGENS. — *Verhandlungen des 25 Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. Berlin 1896, p. 89.
- JAGER. — Ueber Amöbenbefunde bei epidemischer Dysenterie (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 9 sept. 1901).
- C.-A. KOFOID, S.-I. KORNHAUSER, O. SWEZY. — Critères pour la diagnose de l'amibe dysentérique (*in Presse médicale* 1919, p. 600).
- KARTULIS. — Zur Ätiologie der Dysenterie in Egypten (*Virch. Arch.* 1886, Bd. cv, p. 521).
- KRUSE et PASQUALE. — *Deutsche med. Woch.* 1893, N^{os} 15 et 16.
- LABBÉ Marcel. — Entérite amibienne en France (*in Gazette des Hôpitaux* 1919, p. 413).
- LASNIER. — Les tumeurs inflammatoires amibiennes du gros intestin (*in Presse Médicale* 1919, p. 198).
Annales de la Facultad de Medicina, Montevideo, tome III, N^{os} 11-12.
- LESNÉ et Louis RAMOND. — Dysenterie amibienne autochtone chez un enfant (*in Presse Médicale* 1919, p. 294).
- LOEPER Maurice. — La coëlialgie durable des dysentériques (*in Progrès médical* 1919, p. 49).

- LESAGE et BOBILLIER. — Dysenterie amibienne chez les tout petits enfants (*in Journal de Médecine de Paris* 1913, p. 701).
- LOEPER et WAGNER. — La rectoscopie dans la dysenterie amibienne (*in Progrès médical* 1918, p. 303).
- LESIEUR. — Notes cliniques et bactériologiques sur les dysenteries et autres entérites (*in Société méd. des Hôp. de Paris*, p. 2315, 1916).
- LEGRAND H. — Deux cas d'amibiase (observés en Egypte) (*in Bulletin de l'Académie de Médecine* 1920, N° 33, p. 172).
- LOBAS N. — 15 observations d'entérites provoquées par des amibes (en russe) *Vratch*, 28 juillet 1894.
- LAMBL. — *Beobachtungen und Studien aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Histologie*. (Prague 1860, p. 365).
- LESAGE. — Culture de l'amibe dysentérique (*Société de Biologie*, 22 juin 1907).
- LOBAS. — *Kasuistiké amibnikh zabolevany*. (*Wratsch*, 1894, N° 30, p. 845).
- LOSCH. — *Virchow's Arch.*, 1875, Bd LXV, p. 196.
- G. MARSHALL, FINDLOY. — Le diagnostic différentiel de la dysenterie amibienne et bacillaire d'après l'examen du sang (*The Lancet*). (*In Presse Médicale* 1919, p. 75).
- C. MATHIS et L. MERCIER. — Identification des kystes des entamibes intestinales de l'homme (*in Presse médicale* 1917, p. 114).
- MOURIQUAND et DEGLOS. — Les fonctions digestives chez les dysentériques bacillaires et amibiens ; troubles immédiats et tardifs (*in Lyon Médical* 1917, p. 187).
- G. MOURIQUAND et DEGLOS. — Dysenterie autochtone méconnue (*in Lyon Médical*, p. 4, 28° année, 1917).
- MAZEL et GRAVIER. — Dysenterie amibienne (*in Lyon Médical* 1912, p. 1007, t. II).

- F. MANNER. — Ein Fall. von Amöbendysenterie und Leberabscess, *Wien. Klin. Wochensch.*, 20 et 27 fév. 1896).
- MARCHOUX. — Note sur la dysenterie des pays chauds (*Société de Biol.*, 4 nov. 1899).
- NICOUD. — Abscès du foie amibien et angine dysentérique suivie de paralysies multiples avec lymphocytose légère et albumine dans le liquide céphalo-rachidien (*in Presse médicale*, 1919).
- NEVEU, LEMAIRE et E. ZEMBOULIS. — Paludisme et Dysenterie amibienne autochtones (*in Soc. Méd. des Hôp. Paris* 1919, p. 428).
- OMBREDANNE. — Relation de l'appendicite avec la dysenterie amibienne, (*in Gazette des Hôpitaux*, 1912, p. 280).
- POTHERAT. — Infection amibienne (*in Gazette des Hôpitaux* 1911, p. 199).
- PAVIOT et Ch. GARIN. — Un cas de dysenterie amibienne autochtone (*in Lyon Médical* 1913, p. 178).
- PAVIOT. — *Précis de diagnostic médical et de sémiologie* (Collection Testut, Doin, Paris 1908, p. 226).
- L. PLANTON. — Etude sur les maladies de l'intestin pendant la période gréco-romaine (*Thèse de Paris* 1892, p. 36).
- QUINCKE et E. ROOS. — Ueber Amöben. Enteritis (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 6 nov. 1893).
- P. RAVAUT et CHARPIN. — Sur quelques cas d'amibiase méconnue (*in Gazette des Hôpitaux* 1919, p. 569).
- LOUIS RAMOND. — Abscès du foie au cours d'une dysenterie amibienne autochtone (*in Progrès méd.* 1919, p. 202).
- P. RAVAUT et CHARPIN. — Sur quelques faits en apparence paradoxaux susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne (*in Presse Médicale* 1919, p. 65).
- P. RAVAUT. — L'Amibiase chronique en France à la fin de l'année 1916 (*in Presse Médicale* 1917, p. 81).
- P. RAVAUT et KROLUNITSKI. — Traitement de la dysenterie amibienne par l'arsénobenzol (*in Société médicale des Hôpitaux*, 15 oct. 1915, p. 846).

L. ROUSSEL, BRULÉ, BARAT, ANDRÉ PIERRE-MARIE. — Les associations de l'amibe et des bacilles dysentériques (*in Soc. médicale des Hôp. de Paris*, 1916, p. 261).

RAVAUT et KROLUNITSKI. — Sur quelques formes cliniques de dysenterie amibienne autochtone observées au cours de la petite épidémie de la région du Nord (*in Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1916, p. 916).

ROGERS. — *Journ. of trop med.*, t. VI, 16 fév. et 2 mars 1903.

P. SAVY. — *Précis de pratique médicale* (Collection Testut, 1920, p. 808).

THOMSON et HIRST. — Rapports de laboratoires sur les dysenteries (*The Lancet*) (*in Progrès Médical* 1918, p. 520).

L. THÉVENOT et G. PLONTZ. — Formes anormales des abcès du foie (*in Progrès Médical*, 1918).

T. VIVES. — Appendicites et pseudo-appendicites dysentériques (*in Presse Médicale* 1919, p. 572).

WILLMORE et SHEARMAN. — Sur le diagnostic différentiel des exsudats cellulaires dans les selles des dysenteries aiguës amibienne et bacillaire (*The Lancet*) (*in Progrès Médical* 1918, p. 392).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
Historique	11
Formes évolutives	17
Formes associées	23
Formes compliquées.....	29
Diagnostic	35
Traitement	41
Conclusions	45
BIBLIOGRAPHIE	47
